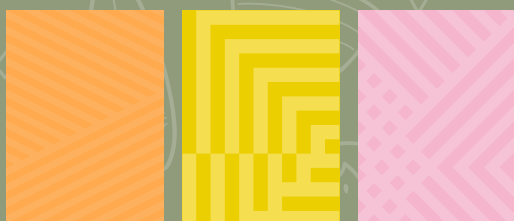


# DOSSIER D'AUTORISATIONS



## FICHE 4



• **AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE ET/OU LA VOIX** •

Nom du vacancier : .....

Centre de séjour validé : .....

Je soussigné(e) .....

demeurant au .....

agissant en qualité de représentant légal de (prénom et nom du vacancier)

.....

.....

autorise à titre gratuit la Fédération APAJH à photographier et filmer le vacancier susnommé lors de sa participation aux activités collectives organisées durant son séjour en centres de vacances adaptés.

J'autorise la Fédération APAJH à reproduire, exploiter et diffuser, dans le strict cadre d'illustration pour toute publication de la Fédération APAJH et sans aucune restriction ni limitation dans la durée :

- L'image du vacancier susnommé, fixée dans le cadre de photographies réalisées à cette occasion,
- L'image et la voix du vacancier susnommé, fixées dans le cadre de vidéos réalisées à cette occasion.

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

à : .....

le : .....

Signature :

## • AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX •

Nom du vacancier : .....

Centre de séjour validé : .....

Je soussigné(e) .....

demeurant au .....

agissant en qualité de représentant légal de (prénom et nom du vacancier)

.....

.....

certifie avoir fourni la fiche santé (Fiche 3) signée par le médecin traitant du vacancier susnommé au moment de son inscription, attestant qu'il n'y a pas de contre-indication médicale à son admission en centres de vacances adaptés.

Je certifie accorder au service accompagnement-loisirs de la Fédération APAJH, le droit d'accéder aux informations de la fiche santé (fiche 3). Ces informations peuvent également être transmises, le cas échéant, aux personnels des séjours. Leur non-fourniture a pour conséquence de ne pas permettre l'instruction du dossier.

Je certifie être informé(e) que le traitement médicamenteux auquel est soumis le vacancier susnommé lui sera administré suivant les prescriptions médicales remises le jour du départ et sous l'autorité du responsable de séjour. À cette fin, je m'engage à remettre au responsable du séjour toutes les prescriptions médicales nécessaires.

Je certifie être informé(e) qu'en cas d'urgence, le responsable du séjour pourra être amené, si l'état de santé du vacancier l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes médicaux ne revêtant pas un caractère d'urgence. Le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible des décisions qui ont été prises pour les actes médicaux urgents.

Dans tous les cas, le consentement du vacancier majeur devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension. Seuls les actes à but thérapeutique urgents pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement du vacancier majeur.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable du séjour.

Certifié exact, lu et approuve,

à : .....

le : .....

Signature :



**Service  
Accompagnement Loisirs**

Tour Maine Montparnasse  
33, avenue du Maine 29<sup>e</sup> étage  
Boîte aux lettres n°35  
75755 Paris Cedex 15

**01 44 10 23 74**  
**[vacances@apajh.asso.fr](mailto:vacances@apajh.asso.fr)**

**[www.handicap-vacances.org](http://www.handicap-vacances.org)**

